

Programa de Renta Activa de Inserción

Protección por desempleo

Solicitud de admisión al Programa de Renta Activa de Inserción

- Alta inicial de Renta Activa de Inserción** **Reincorporación a la Renta Activa de Inserción**
- Desempleado larga duración Víctimas de violencia de género por su pareja o ex-pareja Otras personas víctimas de violencia doméstica
- Emigrante retornado Persona con discapacidad

Tipo de colectivo

(A cumplimentar por el Instituto Social de la Marina)

Antes de rellenar cada apartado, lea atentamente las "Instrucciones para cumplimentar la solicitud" de la carpeta informativa..

1 Datos personales del solicitante

Nombre _____ 1^{er} apellido _____ 2^o apellido _____

Nº DNI o NIE _____ Nº Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nacionalidad _____ País de retorno _____

País donde ha trabajado _____ Desde _____ Hasta _____

País donde ha trabajado _____ Desde _____ Hasta _____

DOMICILIO

Vía: Tipo _____ Nombre _____ Núm. _____ Bis/Por _____ Escal. _____ Piso _____ Letra _____

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

A efectos de comunicaciones (Sólo si es distinto del indicado anteriormente)

Vía: Tipo _____ Nombre _____ Núm. _____ Bis/Por _____ Escal. _____ Piso _____ Letra _____

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

Apartado de correos _____

TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Fijo _____ Móvil _____

Correo electrónico _____

2 Datos de la entidad financiera (banco o caja) para el abono de la prestación

Nombre de la entidad financiera _____

Nº Entidad _____ Nº Sucursal u oficina _____ D.C. _____ Nº Cuenta _____

Nombre y apellidos

DNI o NIE

3 Declaración de rentas en cómputo mensual del solicitante y de los familiares que conviven o están a su cargo

3.1. RENTAS DEL SOLICITANTE (en euros/mes)

Trabajo/pensiones _____ Capital mobiliario _____ Capital inmobiliario _____

Actividades profesionales/agrarias _____ Otras rentas _____ **TOTAL** _____

Grado de minusvalía igual o superior al 33%: Si No Beneficiario de pensión no contributiva de invalidez: Si No

3.2. DATOS Y RENTAS DEL CÓNYUGE (en euros/mes)

Nombre y apellidos _____ DNI o NIE _____

Trabajo/pensiones _____ Capital mobiliario _____ Capital inmobiliario _____

Actividades profesionales/agrarias _____ Otras rentas _____ **TOTAL** _____

3.3. DATOS Y RENTAS DE LOS HIJOS (Se incluyen los menores en acogida y los hijos que, aunque no convivan con el solicitante, dependen económicamente de él)

DNI o NIE				
1 ^{er} Apellido				
2 ^o Apellido				
Nombre				
Fecha de nacimiento				
Grado de minusvalía igual o superior al 33%	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rentas (en euros/mes)				
Trabajos/pensiones				
Capital mobiliario				
Capital inmobiliario				
Actividades profesionales/agrarias				
Otras rentas				
TOTAL RENTAS				

4 Observaciones

- ME COMPROMETO** a buscar activamente empleo; presentarme a cubrir las ofertas de empleo que se me faciliten y devolver a los Servicios Públicos de Empleo los justificantes de comparecencia, en el plazo de 5 días; aceptar las colocaciones adecuadas; participar en acciones específicas de motivación, información, orientación, formación, reconversión o inserción profesionales y en trabajos de colaboración social; renovar la demanda de empleo en la forma y fechas establecidas; y comparecer ante la Entidad Gestora de las prestaciones por desempleo o los Servicios Públicos de Empleo cuando sea requerido/a.
- SOLICITO**, en el supuesto de que, durante la percepción de la Renta Activa de Inserción, acceda a un trabajo por cuenta ajena, a tiempo completo, por duración inferior o igual a 180 días, que mientras dure la suspensión de la percepción de la Renta, se me abone la ayuda equivalente al 25% de la cuantía de la Renta prevista para estos casos.
- DECLARO** bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Servicio Público de Empleo Estatal cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.
- AUTORIZO**, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la Orden Ministerial de 18 de noviembre de 1999, de los datos de identidad y residencia obrantes en los sistemas regulados en las Ordenes PRE/3949/2006, de 26 de diciembre y PRE/4008/2006, de 27 de diciembre, así como de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de las prestaciones por desempleo, a obtener, de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

En _____, a _____ de _____ de 200 _____

(Firma del solicitante)

Nombre y apellidos

DNI o NIE



Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud (A cumplimentar por el Instituto Social de la Marina)

DOCUMENTOS	COTEJADO		RECIBIDO	REQUERIDO
	COINCIDE	NO COINCIDE		
DNI, Tarjeta de Identidad de Extranjeros (TIE) o documento identificativo en su país de origen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento que contenga el Número de Identidad de Extranjero (NIE). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNI, Tarjeta de Identidad de Extranjeros(TIE) o documento identificativo en su país de origen, del cónyuge y/o los hijos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libro de Familia o documento equivalente, en caso de extranjeros. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado del grado de minusvalía o resolución que reconozca la condición de pensionista por incapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado del grado de minusvalía o resolución que reconozca la condición de pensionista por incapacidad, de los hijos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolución judicial o escrito de formalización de acogimiento. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentencia y/o convenio regulador, en caso de separación o divorcio. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justificante de ingresos obtenidos en el mes anterior a la solicitud. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificación de las Delegaciones o Subdelegaciones del Gobierno, en caso de retornados. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulario E-301 o documento equivalente. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificación de la administración competente que acredite la condición de víctima de violencia de género o víctima de violencia doméstica, sentencia u orden de protección. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

Se expide la presente diligencia de verificación de los datos reflejados en este impreso y los que aparecen en los documentos aportados.

En el caso de que se le requiera la aportación de documentación dispone, según lo establecido en el art. 25.1 del R.D. 625/85, de 2 de abril, de un plazo de 15 días para su presentación, transcurrido el cual se archivará la solicitud, previa resolución, sin perjuicio de que pueda instar una nueva si su derecho no hubiera prescrito.

Firma del solicitante (en caso de requerimiento de documentación)

Fecha de presentación de la solicitud y firma del receptor

_____ de _____ de 200 ____

Fdo.: _____

Sello de la Unidad:

Fdo.: _____

De acuerdo con lo previsto en el art. 228.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, la entidad gestora deberá dictar resolución en el plazo de los 15 días siguientes a la fecha en que se hubiera formulado la solicitud de la prestación y cursar la notificación en el plazo de 10 días a partir de la fecha de su dictado, de conformidad con lo previsto en el art. 58.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Una vez transcurridos tres meses desde la presentación de la solicitud de la prestación, si aún no hubiera sido notificada la resolución, el interesado podrá interponer reclamación previa según lo dispuesto en la Disposición Adicional vigésimoquinta, 2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y en el art. 71.2 del Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, al entenderse desestimada la solicitud por silencio administrativo.

PROTECCIÓN DE DATOS: La presente solicitud contiene datos de carácter personal que forman parte de un fichero de titularidad de la Dirección General del Servicio Público de Empleo Estatal, y autoriza a dicho titular a tratarlos automatizadamente con la única finalidad de gestionar funciones derivadas del motivo de la solicitud y, en su caso, cederlos a los Organismos señalados en la Orden de 27/7/1994, de 19/5/1995, TAS/ 628/ 2002, de 4 de marzo y TAS/ 1275/ 2003, de 29 de abril, a efectos de completar su gestión. Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter personal, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en las oficinas de prestaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.